

APLICACIÓN PARA EL SERVICIO PARATRÁNSITO DE CONNECT TRANSIT

Por favor complete esta solicitud a fondo y lo mejor que pueda. Si hay alguna pregunta que usted no entienda, llame a Connect Transit a través del (409) 944-4324 para obtener ayuda antes de devolver este formulario. Para que la aplicación sea considerada completa, todas las preguntas tienen que ser respondidas.

El objetivo de esta aplicación es para darle la oportunidad de que describa las limitaciones que le impiden utilizar el servicio de autobuses de ruta fija de Connect Transit. Cuanta más información nos proporcione, mejor podrá Connect Transit entender su discapacidad.

Es la responsabilidad del individuo de hacer que su doctor o médico llene la última página de este formulario y escriba una carta en papel membrete, confirmando su discapacidad.

(Toda su información permanecerá confidencial)

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre					
Fecha de Nacimiento					
Teléfono	Trabajo				
	Casa				
Dirección					
	Ciudad		Calle		Código Postal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre					
Relación					
Teléfono	Trabajo				
	Casa				
Dirección					
	Ciudad		Calle		Código Postal

OPINION SOBRE EL SERVICIO DE AUTOBÚS

Lea las siguientes declaraciones y circule el que mejor describa lo que usted considere sea su capacidad para utilizar el servicio de autobuses de ruta fija de Connect Transit. Solo circule una opción:

1. No pienso que pueda tomar el autobús por mi propia cuenta o sin asistencia.
2. No estoy seguro(a) de poder tomar el autobús.
3. Yo puedo tomar el autobús algunas veces, si las condiciones son las adecuadas.
4. Yo uso el autobús frecuentemente.

Nos gustaría entender las razones por las cuales prefiere usar el servicio de Paratrásito de Connect Transit en vez del servicio de autobuses de ruta fija. Lea las siguientes declaraciones y circule la letra que mejor describa cuán importante es cada factor en su toma de decisión.

<i>A = Muy Importante</i>	<i>B = No Es Importante</i>	<i>C = No Estoy Seguro</i>
---------------------------	-----------------------------	----------------------------

<i>El miedo a la delincuencia o actos de crimen</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>El tiempo o clima</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Si tengo que llevar o transportar paquetes</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Abordando y desbordando el autobús</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>La ida y vuelta de la parada de autobús</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Otro:</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Otro:</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>

Indique cuál de los factores expuestos arriba es el más importante para su decisión:

ACERCA DE USTED

Díganos acerca de su discapacidad.			
¿Es una condición temporal?	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No se</i>
<i>Si es temporal, ¿por cuánto tiempo?</i>			
¿Utiliza alguno de los siguientes recursos de asistencia para moverse? (Circule todas las que apliquen)			
<i>Silla de Ruedas Manual</i>	<i>Silla de Ruedas Eléctrica</i>	<i>Scooter Eléctrico</i>	<i>Muletas/Walker</i>
<i>Bastón</i>	<i>Animal de Servicio</i>	<i>Asistente de Cuidado Personal</i>	<i>Otro _____</i> _____
Si usa silla de ruedas o scooter, ¿cuál es...			
<i>El ancho:</i>		<i>El largo:</i>	
<i>La marca:</i>		<i>El peso:</i>	
¿Puede operar el recurso de asistencia usted mismo?	<i>Si</i>		<i>No</i>

INFORMACION ACERCA DEL USO ACTUAL QUE LE DA AL SERVICIO DE CONNECT TRANSIT.

¿Usa usted actualmente el servicio de autobuses de ruta fija de Connect Transit?	<i>Si</i>		<i>No</i>	
¿Cuándo fue la última vez que uso el servicio de autobuses de ruta fija de Connect Transit?				
¿Dónde está la parada de autobús más cercana a su residencia?				
¿Puede usted llegar a esta parada por su propia cuenta?	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>A veces</i>	<i>Nose</i>
Si no le es posible llegar a la parada sin ayuda, explíquenos porque no?				

SU CAPACIDAD FUNCIONAL

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender mejor su capacidad funcional en áreas específicas. Solo circule una respuesta por pregunta. Sus respuestas deben basarse en cómo se siente la mayoría de las veces, en circunstancias normales, y si puede realizar dicha actividad por su cuenta y sin asistencia.

	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted usar el teléfono para averiguar información?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted caminar una cuadra si el clima es favorable?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>Si se le es posible caminar una cuadra, ¿cuánto tiempo le toma?</i>	<i>0-5 minutos</i>	<i>5-10 minutos</i>	<i>10+ minutos</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted cruzar la calle si hay rampas en las aceras?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted montarse y desmontarse de un elevador de silla de ruedas?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted caminar 6 cuadras si el clima es favorable?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>Si se le es posible caminar 6 cuadras, ¿cuánto tiempo le toma?</i>	<i>0-10 minutos</i>	<i>10-20 minutos</i>	<i>20+ minutos</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted esperar hasta 20 minutos en una parada de autobús que no sea cubierta o que no tenga asientos?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted subir o bajar una cuesta?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted encontrar la parada de autobús si se le muestra cómo llegar una vez?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>¿Puede usted viajar solo?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>Si usted necesita de la asistencia de otra persona, ¿Qué hace esa persona por usted?</i>				

<i>Obstáculos en su entorno que hace difícil que usted utilice el servicio de autobús de ruta fija (circule las que apliquen):</i>	<i>La falta de rampas en las aceras/banquetas</i>	<i>La falta de aceras</i>	<i>Colinas u otro terreno</i>
	<i>Pasos de peatones ocupados</i>	<i>Aceras/Banquetas en mal estado</i>	<i>Otra barrera</i>
<i>Si existe alguna otra barrera, explique brevemente.</i>			

CONSIDERACIONES AMBIENTALES Y CLIMATICAS

Las siguientes preguntas se refieren a como los factores ambientales y climáticos afectan su capacidad de utilizar los servicios de ruta fija o paratransito.

<i>¿El clima o tiempo afecta su habilidad para usar el servicio de autobuses de ruta fija?</i>	<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>No se</i>
<i>Explique brevemente.</i>				
<i>¿Cuántos escalones hay en la entrada de su casa o residencia?</i>				
<i>¿Puede usted llegar al vehículo de Paratransito sin ayuda de otro individuo?</i>			<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Si no es posible, ¿porque no?</i>				
<i>Describa el terreno cerca de su residencia o casa.</i>				
<i>¿Hay aceras/banquetas en su vecindario?</i>			<i>Si</i>	<i>No</i>

<i>¿Necesitó ayuda para completar este formulario?</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Si tuvo ayuda, como fue asistido por la otra persona?</i>			
<i>Por la presente certifico que la información anterior es correcta</i>			
<i>Firma del Aplicante</i>			
<i>Fecha</i>			
<i>Si usted está llenando esta información por otra persona, complete lo siguiente:</i>			
<i>Nombre</i>			
<i>Relación</i>			
<i>Teléfono</i>			
<i>Dirección</i>			
	<i>Ciudad</i>		<i>Calle</i>
			<i>Código Postal</i>

PARA USO DE LA OFICINA	# de Aplicación	
Fecha Recibida		Fecha Aprobada

PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION DE CONNECT TRANSIT

Este documento le permite a Connect Transit preguntarle a su profesional de la salud, doctor o médico acerca de su discapacidad.

Para que el Servicio Paratránsito de *Connect Transit* evalúe su solicitud, podría ser necesario contactar a su médico o profesional de la salud para confirmar la información que nos ha dado. Identifique al profesional de la salud que mejor pueda verificar su capacidad funcional para usar servicios de tránsito. Identifique al medio u otro especializado que pueda proveernos información acerca de su condición. *Connect Transit* no usara la información en esta aplicación, excepto para determinar su elegibilidad.

<i>Favor circule la letra que mejor describa su Doctor/Médico.</i>		
<i>Consejero de Rehabilitacion</i>	<i>Profesional de Servicios Sociales</i>	<i>Consejero de Vida Independiente</i>
<i>Terapista Ocupacional</i>	<i>Médico</i>	<i>Otro personal medico profesional</i>

<i>Nombre de su Doctor/Médico</i>					
<i>Teléfono</i>					
<i>Direccion</i>					
	<i>Ciudad</i>		<i>Calle</i>		<i>Código Postal</i>

El medico profesional de la salud en esta aplicación está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a *Connect Transit* según sea necesario para completar esta solicitud.

<i>Firma del Aplicante</i>	
<i>Fecha</i>	

Por favor, envíe su solicitud completa a:

Oficina de Gulf Coast Center
 4352 E.F. Lowry Expressway
 Texas City, Texas 77591
 (409) 944-4324

EL SERVICIO PARATRÁNSITO DE CONNECT TRANSIT

Por Favor complete este formulario a fondo.

Querido Doctor o Professional Certificado de Salud:

Estamos solicitando su ayuda para poder determinar si el solicitante es elegible para los servicios del Servicio Paratrásito de *Connect Transit*. Servicio Paratrásito es un servicio de origen a destino para las personas cuya incapacidad les impide utilizar el servicio local de autobús ruta-fija de *Connect Transit*:

Debido a que el pasajero es:

No es posible sin la ayuda de otra persona, abordar viajar o bajarse en una parada de autobús de la ruta-fija de *Connect Transit*. Esto incluye a personas que debido a su deterioro no pueden navegar el sistema.

Favor de su opinión profesional, porque el solicitante no puede usar la ruta-fija. Hemos proporcionado el espacio a continuación para que usted pueda describir en términos sencillos la incapacidad del solicitante y como la incapacidad le impide el uso de la ruta fija. Información detallada nos ayudara a tomar la mejor determinación.

Gracias,

Connect Transit

IMPORTANTE: Favor de firmar la aplicación a continuación y proporcione una firma adicional en su papel de membrete o en papel de receta para ayudarnos a evitar aplicaciones fraudulentas. La solicitud no puede ser procesada sin toda la información solicitada y la firma de ambos

Nombre del Paciente o Cliente				
Explique cómo su condición médica le impide el uso de la ruta-fija?				
Su incapacidad es:	Permanente	Temporal	Si es temporal, favor especifique cuantos meses.	
El solicitante usa cualquiera de los aparatos mencionados abajo para movilizarse?				
Silla de ruedas manual	Silla de ruedas eléctrica	Bastón	Animales de servicio	Otro (favor especifique)
Muletas	Scooter eléctrica	Andadera	Asistente de cuidado personal	
Firma del solicitante			Numero de teléfono	
			Fecha	